

OPTIMISMO DISPOSICIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Sílvia Pastells Pujol y Antoni Font Guiteras

Universidad Autónoma de Barcelona

Resumen

Objetivo: Analizar la posible relación entre el optimismo disposicional y la calidad de vida en una muestra de mujeres con cáncer de mama. Se trata de conocer qué aspectos de la calidad de vida estarían relacionados con una disposición optimista y cuáles no, y entender mejor el funcionamiento del optimismo para poder potenciarlo en aquellos casos en que sea conveniente para adaptarse mejor a la situación médica.

Método: 50 mujeres con cáncer de mama fueron entrevistadas individualmente y completaron medidas de calidad de vida y optimismo disposicional.

Resultados: El optimismo disposicional está significativamente relacionado con diversos aspectos de la calidad de vida. Las mujeres con cáncer de mama más optimistas sienten menos ira, menos dolor, manifiestan tener menos dificultades en sus movimientos, se sienten menos cansadas, duermen mejor, continúan con sus quehaceres diarios en casa, sienten más ilusión y menos miedo. Sin embargo, en algunos aspectos como las relaciones sociales y el cansancio, parece ser más importante no ser pesimista que ser optimista.

Conclusión: En congruencia con estudios previos, el optimismo disposicional es un predictor de la preservación de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.

Palabras clave: Cáncer de mama, optimismo disposicional, pesimismo disposicional, calidad de vida.

Abstract

Objective: To assess the relationship between dispositional optimism and quality of life in a sample of women with breast cancer. Our purpose is to know which aspects of quality of life are influenced by dispositional optimism and which are not, to improve the understanding of optimism and improve it when it's necessary for the adaptation to the medical situation.

Method: 50 women with breast cancer answered individually quality of life and dispositional optimism measures.

Results: Dispositional optimism is significantly related to many aspects of quality of life. Women with breast cancer with high dispositional optimistic feel less anger, less pain, have less difficulties in their movements, feel less tiredness, sleep better, go on with their home tasks, feel more illusion and less fear. But in some aspects, like social function or fatigue, it seems more important not being pessimist than being optimistic.

Conclusion: In congruence with previous reports, dispositional optimism is a predictor of quality of life preservation in women with breast cancer.

Keywords: Breast cancer, dispositional optimism, dispositional pessimism, quality of life.

Correspondencia:

Sílvia Pastells Pujol

*Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación - Edificio B
08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès)*

E-mail: silviapastells@copc.cat

INTRODUCCIÓN

En España se diagnostican unos 22.000 casos de cáncer de mama al año, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se detectan en las edades comprendidas entre los 35 y los 80 años. La frecuencia más elevada se sitúa entre los 45 y los 65 años. En enfermedades crónicas como el cáncer de mama, la calidad de vida es un indicador de cómo la persona se siente y adapta a lo largo del proceso oncológico. Se han estudiado muchos factores que influyen en la calidad de vida, tanto médicos como psicosociales. Entre los factores psicológicos que podrían tener un papel modulador en la calidad de vida, se ha propuesto también el optimismo disposicional, definido por Scheier y Carver como “la expectativa generalizada de que van a ocurrir cosas positivas”⁽¹⁾. Dado que las personas optimistas esperan más resultados positivos en situaciones ambiguas o menos controlables, son menos propensas que las pesimistas a claudicar o retirarse de la situación. En general, el optimismo disposicional se considera un rasgo de personalidad que puede ser útil a la hora de encarar las dificultades de la vida⁽²⁾.

Giltay et al.⁽³⁾, encontraron que los ancianos más optimistas fumaban menos y hacían más ejercicio, es decir, tenían estilos de vida más saludables y hábitos dietéticos mejores que los pesimistas. En el estudio llevado a cabo por Ostir et al.⁽⁴⁾ se pudo constatar cómo las emociones positivas y los estados optimistas tenían un impacto diferente a la ausencia de depresión. Las emociones positivas tendrían un efecto protector en el proceso de deterioro físico producido por la edad. En general parece ser que las personas más optimistas gozan de mejor salud, se quejan menos de los síntomas físicos y acuden menos al médico⁽⁴⁻⁷⁾.

El optimismo disposicional también podría influir en el comportamiento individual y la posterior adaptación a la enfermedad oncológica y el mantenimiento y/o recuperación de la calidad de vida. Generalmente se evalúa no tanto el optimismo específico hacia un resultado concreto (como por ejemplo, curarse del cáncer), sino lo que se denomina “optimismo disposicional”, es decir, la creencia general de que el futuro le va a deparar a uno más resultados positivos que negativos^(8,-11).

El enfoque sobre optimismo de Scheier y Carver^(5,11) se basa en un modelo de autorregulación de conducta, según el cual, un individuo persiste en conseguir un resultado si éste es percibido como alcanzable. En este modelo, el optimismo y el pesimismo serían considerados como expectativas generalizadas acerca de las cosas que le suceden a uno en la vida. Tales expectativas se suelen analizar como disposiciones estables (rasgos). El optimismo disposicional ha sido medido en muchos casos mediante el test desarrollado por Scheier y Carver⁽¹²⁾, denominado “Life Orientation Test” (LOT), revisado en 1994 (Life Orientation Test revised o LOT-R)⁽¹³⁾.

Según Schou et al.⁽¹⁴⁾, el optimismo disposicional permitiría predecir la calidad de vida que tendrá la persona afectada de cáncer de mama en el momento del diagnóstico y el periodo posterior, y sería un predictor de una mejor adaptación emocional y social después de un año del diagnóstico. Ante una dificultad, la persona optimista persistiría en la idea de que las cosas pueden mejorar y que hay cierto margen de control sobre la situación aunque sea pequeño, lo que facilitaría encontrar vías de solución, al menos en parte, a su problema⁽¹⁵⁾. La mejor adaptación a las situaciones de estrés está asociada al uso de estrategias para eliminar, reducir o manejar tanto los estresores como las emociones negativas que generan⁽¹⁶⁾. Po-

demos suponer que una mujer con cáncer de mama, si es optimista, tendrá una mejor predisposición para gestionar los problemas vinculados con su enfermedad. Las pacientes optimistas suelen utilizar estrategias como la aceptación, el uso de la religión y el sentido del humor⁽¹⁷⁾. Los resultados de diferentes estudios indican que las personas optimistas con cáncer de mama suelen utilizar formas de afrontamiento activo como la planificación, la supresión de actividades distractoras, la reflexión, la reinterpretación positiva, y la búsqueda de apoyo social instrumental y emocional. En cambio, las pacientes pesimistas se distancian mentalmente y con frecuencia tienden a negar o evitar el análisis de la realidad en que se encuentran^(17, 18, 19, 20). En la misma línea, Font y Cardoso⁽²¹⁾, en una muestra de 189 mujeres con cáncer de mama, encontraron que estrategias cognitivas como “pensar en aspectos positivos” se relacionaban con estrategias conductuales como hablar con los médicos, y que las personas que se sentían pesimistas mostraban menos afrontamiento conductual, como, por ejemplo, acudir rápidamente al médico cuando “algo andaba mal”. También en el estudio realizado por Deimling et al.⁽²²⁾, con una muestra de 321 supervivientes de cáncer, encontraron que las personas más optimistas presentaban menos preocupaciones relacionadas con la salud, menos ansiedad y menos depresión. Se constata que las quejas y preocupaciones de los pacientes se relacionan directamente con el optimismo disposicional, y estas, a su vez, predicen significativamente tanto la depresión como la ansiedad que presentan estos enfermos a largo plazo. El optimismo puede actuar como promotor del afecto positivo y del afrontamiento más adecuado de manera que las personas optimistas se quejarían menos de la sintomatología física asociada al cáncer de mama. Entre las mujeres con cáncer

de mama, se constatan mayores puntuaciones en crecimiento postraumático entre las que presentan mayor optimismo disposicional y apoyo social percibido⁽²³⁾. Además, el afecto positivo y el optimismo disposicional podrían predecir el nivel de dolor post quirúrgico en pacientes con cáncer de mama, como se concluye del estudio de Bruce et al.⁽²⁴⁾. Según Vázquez y Castilla⁽²⁵⁾, el optimismo se relaciona con una mayor resistencia a los efectos psicológicos y biológicos del cáncer, a través de mejores estrategias de afrontamiento, mejores respuestas inmunológicas y una mayor percepción de apoyo social de los optimistas frente a los pesimistas.

No obstante, las relaciones positivas frecuentemente observadas entre el optimismo disposicional y algunos aspectos de la calidad de vida, no siempre se constatan en los estudios realizados. Por ejemplo, en la investigación realizada por Hartl et al.⁽²⁶⁾ con 230 pacientes con cáncer de mama, no se encontraron relaciones entre el optimismo y la calidad de vida. En el estudio de Sucala con 64 pacientes de cáncer de mama y de cérvix, se encontraron relaciones significativas entre el pesimismo y el estrés y la depresión, pero no con el optimismo⁽²⁷⁾; Shol et al.⁽²⁸⁾, encontraron que el pesimismo y no el optimismo, era un predictor del malestar emocional en 106 mujeres afectadas de cáncer de mama, lo que coincide con los resultados del estudio realizado por Zenger et al.⁽²⁹⁾ en una muestra de 97 pacientes con cáncer de mama y otros cánceres ginecológicos.

Ante estos resultados, y teniendo en cuenta que el estudio de los predictores de la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama está todavía poco desarrollado en España⁽³⁰⁾, el objetivo del presente estudio es contribuir al análisis de las posibles relaciones entre el optimismo y el pesimismo con la calidad de vida en cáncer de mama.

MÉTODO

Sujetos

La muestra final está formada por 50 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama con edades comprendidas entre 30 y 67 años. La media de edad se sitúa en 50,6 años y la desviación típica es de

8,9. El 62% están casadas y tienen hijos un 86%. Los datos clínicos nos indican que a un 60% de la muestra se le ha practicado una mastectomía, el 90% ha recibido quimioterapia, el 44% ha recibido o recibe hormonoterapia y el 48% radioterapia. El 44% de las pacientes están en una fase de intervalo libre de la enfermedad en el momento de la valoración,

Tabla 1. **Características sociodemográficas y clínicas de la muestra**

Datos de la muestra		N (%)
Estado civil	Con pareja	31 (62%)
	Sin pareja	19 (38%)
Edad	De 30 a 40 años	8 (16%)
	De 41 a 50 años	15 (30%)
	De 51 a 70 años	27 (54%)
Hijos	Sí	43 (86%)
	No	7 (14%)
Estudios	Primarios	30 (60%)
	Medios	9 (18%)
	Superiores	11 (22%)
Trat. oncológicos	Cirugía conservadora	sí 15 (30%)
		no 35 (70%)
	Mastectomia	sí 30 (60%)
		no 20 (40%)
	Quimioterapia	sí 45 (90%)
		no 5 (10%)
	Radioterapia	sí 24 (48%)
		no 26 (52%)
	Hormonoterapia	sí 22 (44%)
		no 28 (56%)
Fase de la enfermedad	Braquiterapia	sí 1 (2%)
		no 49 (98%)
	Diagnóstico	2 (4%)
	Tratamiento inicial	14 (28%)
	Intervalo libre	22 (44%)
	Recidiva	9 (18%)
	Enfermedad avanzada	3 (6%)

y el 56% está en alguna fase activa del cáncer. Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra se indican en la tabla 1.

Instrumentos

Valoración de la Calidad de vida. Se ha utilizado el cuestionario QL-CA-Afex de Font, desarrollado y validado de manera satisfactoria en nuestro país⁽³¹⁾. Este instrumento valora la calidad de vida en relación al estado de salud, y se ha utilizado ampliamente en pacientes de cáncer de mama^(21,30,32,33). El cuestionario consta de 27 escalas lineales que permiten evaluar la disminución subjetiva de la calidad de vida en cuatro niveles: Síntomas, Autonomía personal, Dificultades familiares y sociales y, Dificultades psicológicas.

Test de valoración del optimismo. Para evaluar el optimismo se ha aplicado el LOT-R (Revised life orientation test, de Scheier, Carver y Bridges)⁽¹²⁾, en la versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro⁽³⁴⁾. Este test permite obtener una puntuación directa sobre el denominado optimismo disposicional o predisposición generalizada hacia las expectativas de resultado positivo. La puntuación oscila entre 6 y 30 puntos; a más puntuación, mayor optimismo disposicional.

Procedimiento

Las pacientes fueron entrevistadas individualmente, en las dependencias de la Asociación Española contra el Cáncer de Barcelona. Previamente se solicitó el consentimiento informado para participar en la investigación. Después de la presentación y la explicación del procedimiento de recogida de datos, las pacientes cumplimentaban los cuestionarios a lo largo de unos 60 minutos, en presencia de una psicóloga, a la que se podía consultar por

el sentido de cualquier pregunta de los cuestionarios, sin que se constataran dificultades de comprensión.

RESULTADOS

Mediante el programa SPSS versión 19.0 se han realizado pruebas de comparación de medias con muestras independientes, así como correlaciones bivariadas y parciales de Pearson, y comparación de medias con muestras independientes. El nivel de significación se ha fijado en $p < 0,05$.

La comparación de medias en calidad de vida y optimismo realizadas, con respecto a las variables sociodemográficas y médicas (pruebas *t*), no aportó diferencias significativas entre los grupos, ni en optimismo ni en calidad de vida, excepto en la variable "nivel de estudios", en el sentido de que las personas con un mayor nivel de estudios tendían a puntuar más en optimismo.

En la tabla 2 se indican las puntuaciones observadas en las escalas de optimismo/pesimismo y en las escalas de calidad de vida. La puntuación media en optimismo disposicional es 22,94 en una escala de 6 a 30. El nivel de optimismo observado en la muestra es muy similar al encontrado en otros estudios con muestras de pacientes de cáncer de mama⁽³⁵⁾.

Las dificultades emocionales relacionadas con el cáncer es el aspecto de la calidad de vida que presenta más afectación, siendo el miedo, la ansiedad y la depresión en relación con el cáncer, los ítems donde se observan las mayores puntuaciones. En la esfera social y familiar, predominan la preocupación por los hijos, la insatisfacción social y la pérdida de ilusión por las cosas. A nivel de síntomas físicos, se observa que el trastorno más importante es la astenia o cansancio relacionado con la enfermedad, así como las dificultades para dormir.

Tabla 2. **Puntuaciones medias y desviaciones tipo en optimismo y en afectación de calidad de vida**

Variables (N=50)	Media (DT)
OPTIMISMO DISPOSICIONAL	
Puntuación total de Optimismo disposicional	22,94 (6,49)
Subescala de optimismo	11,40 (3,72)
Subescala de pesimismo	6,38 (3,25)
CALIDAD DE VIDA	
SUBESCALA DE SÍNTOMAS	36,31 (21,05)
Nauseas	20,0 (26,8)
Dolor	33,6 (30,0)
Cansancio	52,8 (36,7)
Dificultades para dormir	42,62 (33,3)
Dificultades para estar despierto	37,6 (32,2)
Anorexia	31,1 (35,3)
SUBESCALA DE DIFICULTADES EN LOS HÁBITOS COTIDIANOS	23,97 (19,0)
Dificultad en la movilidad	19,6 (26,7)
Dificultades en las actividades de cuidado personal	9,6 (15,7)
Dificultades en actividades físicas	30,0 (34,4)
Dificultades en las actividades en casa	36,5 (31,2)
SUBESCALA DE LAS DIFICULTADES FAMILIARES Y SOCIALES	37,70 (22,7)
Insatisfacción social	46,32 (36,5)
Dificultades en las actividades recreativas	39,7 (37,7)
Preocupación por los hijos	52,4 (34,3)
Dificultades en la relación de pareja	28 (35,9)
Dificultades en las relaciones familiares	31,8 (33,1)
Dificultades en la información recibida por los médicos	27,6 (28,4)
Pérdida de ilusión	44,5 (40,5)
Dificultades económicas	36,5 (35,1)
SUBESCALA DE MALESTAR EMOCIONAL	49,02 (23,6)
Percepción de pérdida de atractivo para el otro sexo	46,1 (35,9)
Ira	38,3 (37,8)
Ansiedad	58,6 (33,7)
Insatisfacción con el aspecto físico	47,24 (32,3)
Depresión	54,06 (35,3)
Dificultades en la concentración	40,5 (32,4)
Miedo	59,9 (35,0)
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA GENERAL	57,10 (35,6)

Las correlaciones entre el optimismo disposicional y la calidad de vida (tabla 3) indican que las mujeres con una mayor puntuación total en optimismo disposicional muestran significativamente ($p<0,05$) menos afectación en síntomas físicos y en dificultades emocionales. Respecto a la relación de las subescalas de optimismo y pesimismo con la calidad de vida, encontramos que el optimismo muestra una relación significativa con presentar menos síntomas físicos, menos dificultades emocionales y con una mejor percepción ge-

neral o global de la calidad de vida. Por su parte, el pesimismo correlaciona significativamente con la afectación o pérdida de calidad de vida de la subescala social y familiar ($p<0,05$) y con el malestar emocional ($p<0,01$).

Las correlaciones entre cada uno de los ítems de la calidad de vida y las puntuaciones totales en optimismo disposicional y las subescalas de optimismo y pesimismo, se reflejan en la tabla 4. Los resultados indican que una mayor puntuación total en optimismo disposicional está re-

Tabla 3. Correlaciones (Rho de Spearman) de las subescalas de afectación de la calidad de vida con la puntuación total en optimismo disposicional, subescala de optimismo y pesimismo.

Subescalas de la Calidad de vida	Puntuación total en Optimismo Disposicional	Subescala de Optimismo	Subescala de pesimismo
Síntomas físicos	-0,298(*)	-0,292(*)	0,273
Hábitos cotidianos	-0,278	-0,273	0,270
Dificultades familiares y sociales	-0,260	-0,223	0,327(*)
Dificultades emocionales	-0,358 (*)	-0,315(*)	0,379(**)
Percepción de la calidad de vida general	-0,213	-0,280(*)	0,178

(*)correlación significativa al nivel 0,05 (**)correlación significativa al nivel 0,01

lacionado con una mejor respuesta en aspectos como menor ira ($p<0,05$), menor dolor ($p<0,05$), el mantenimiento de la capacidad de movimiento ($p<0,05$), menor sensación de cansancio ($p<0,05$), la calidad del sueño ($p<0,01$), el mantenimiento de las actividades en casa ($p<0,05$), ilusión por las cosas en general ($p<0,001$) y el sentir menos miedo ante el cáncer de mama ($p<0,05$). Las correlaciones con las subescalas de optimismo y pesimismo indican que la ira, el mantenimiento de las actividades en casa y la depresión tienen una relación significativa ($p<0,05$) con el pesimismo y no con el optimismo: las

mujeres más pesimistas tienen con más frecuencia estas dificultades emocionales y de actividad; sin embargo, el optimismo no se relaciona significativamente con ausencia de problemas en estos aspectos. En cambio, aspectos como el cansancio y el miedo correlacionan significativamente con el optimismo y no el pesimismo.

DISCUSIÓN

En general las pacientes de la muestra, disposicionalmente más optimistas, valoran mejor su calidad de vida global que las menos optimistas, lo que coincide con

Tabla 4. **Correlaciones (Rho de Spearman) de los ítems de afectación de calidad con el nivel total de optimismo disposicional, y las subescalas de optimismo y pesimismo.**

ÍTEMS DE LA CALIDAD DE VIDA N=50	LOT-R Puntuación Total Optimismo Disposicional	Subescala de optimismo	Subescala de pesimismo
Náuseas	-0,056	-0,055	0,026
Cuidados personales	0,234	-0,198	0,151
Atractivo	-0,133	-0,111	0,191
Ira	-0,304 (*)	-0,257	0,327 (*)
Dolor	-0,280 (*)	-0,234	0,259
Capacidad para moverse	-0,282 (*)	-0,260	0,218
Actividades recreativas	-0,252	-0,262	0,238
Ansiedad	-0,239	-0,227	0,228
Cansancio	-0,346 (*)	-0,366 (**)	0,276
Satisfacción vida social	-0,245	-0,269	0,268
Calidad del sueño	-0,393 (**)	-0,362 (**)	0,392 (**)
Calidad vigilia	-0,071	-0,079	0,109
Preocupación hijos	-0,111	-0,276	0,001
Actividad en casa	-0,300 (*)	-0,269	0,337 (*)
Aspecto físico	-0,139	-0,203	0,114
Depresión	-0,248	-0,222	-0,279 (*)
Relación de pareja	-0,154	-0,09	0,227
Relaciones familiares	-0,194	-0,150	0,195
Apetito	-0,049	-0,078	0,046
Información de los médicos	-0,073	-0,046	0,114
Concentración	-0,103	-0,034	0,146
Ilusión por las cosas	-0,397 (**)	-0,396 (**)	0,382 (**)
Preocupación económica	-0,023	-0,039	0,118
Miedo	-0,311 (*)	-0,309 (*)	0,267

(*) correlación significativa al nivel 0,05 (**) correlación significativa al nivel 0,01.

otros estudios previos como el de Schou et al. realizado con 161 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama^[14]. Además, muestran significativamente menos rabia, reportan menos dolor, tienen menos dificultades para moverse, se sienten menos cansadas, duermen mejor, siguen con sus actividades cotidianas en casa, tienen más ilusión e interés por las cosas y sienten menos miedo.

No obstante, a pesar de que el optimismo se relaciona significativamente con un menor impacto emocional en el cáncer de mama, la relación es aún más significativa con el pesimismo ($p < 0,01$), en el sentido de que las mujeres pesimistas manifiestan mayor pérdida de calidad de vida emocional, en apoyo de la hipótesis de que sería tan importante o más, no sentirse pesimista que sentirse optimista, como tam-

bién avanzaron Colby y Shifren con una muestra de 51 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama⁽³⁷⁾.

El Optimismo disposicional muestra una relación significativa con la subescala de síntomas físicos y la subescala de las dificultades emocionales. Este dato indica, por una parte, la influencia del optimismo en el bienestar emocional y, por otra, la relación del optimismo disposicional con los dolores y molestias físicas. Según Rodríguez et al., la astenia es uno de los síntomas con más prevalencia en los enfermos de cáncer y el 95% de los pacientes que reciben quimioterapia y/o radioterapia lo sufren en mayor o menor grado⁽³⁶⁾. Aunque es difícil separar causa y efecto, ya que la falta de energía puede facilitar respuestas pesimistas. Como se observó en el estudio de Font et al., a mayores expectativas positivas respecto al cáncer de mama, menor percepción de cansancio⁽³³⁾. La subescala de malestar emocional es la que muestra una mayor alteración: aunque las pacientes se encuentren ya en fase de intervalo libre de enfermedad, los problemas pueden persistir.

Las mujeres con mayor optimismo, muestran mejores puntuaciones en todos los ítems de la subescala de relaciones sociales y familiares. Posiblemente, de acuerdo con Vázquez y Castilla⁽²⁶⁾, la utilización instrumental del apoyo social sería uno de los mecanismos por el cual los optimistas se sentirían mejor. Sin embargo, el pesimismo se muestra más significativamente relacionado con esta escala. En el presente estudio, el pesimismo disposicional y no el optimismo, muestra una relación significativa con la calidad de vida social y familiar de las pacientes ($p < 0,05$). En otras palabras, a mayor pesimismo mayor disminución de la calidad de vida social y familiar. Según Robles et al.⁽³⁸⁾, el número de personas que brindan apoyo a la paciente con cáncer de mama sería un factor protector de la ansiedad y la depresión. No obstante, no podemos concluir o su-

poner que las pacientes pesimistas reciban menor apoyo social, siendo más probable que no perciban todo el apoyo social que reciben.

CONCLUSIONES

El optimismo disposicional parece proteger la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. Sin embargo, no permite evitar el impacto de la enfermedad y su tratamiento en la calidad de vida de las pacientes. Por su parte, el pesimismo favorece la pérdida de calidad de vida relacionada con la situación de salud. Al no tratarse de aspectos necesariamente excluyentes, es necesario evaluar tanto el optimismo como el pesimismo. Una estrategia basada en valorar ambas tendencias permitiría actuar de manera preventiva y ayudar mejor a las pacientes en las diversas fases de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalised outcome expectancies. *Health Psychol* 1985;4:219-47. Doi: 10.1037/0278-6133.4.3.219
2. Wrosch C, Scheier MF. Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Qual Life Res* 2003;12:59-72. Doi: 10.1023/A:1023529606137
3. Giltay EJ, Geleijnse JM, Zitman FG, Buijsse B, Kromhout D. Lifestyle and dietary correlates of dispositional optimism in men: The Zutphen Elderly Study. *J Psychosom Res* 2007;63:483-90. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.07.014
4. Ostir GV, Markides KS, Black SA, Goodwin JS. Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Res Aging* 2000;22:715-37.
5. Raji MA, Ostir GV, Markides KS, Goodwin JS. The interaction of cognitive and emotional status on subsequent physical

- functioning in older mexican americans: Findings from the Hispanic established population for the epidemiologic study of the elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002;57:M678-82. Doi:10.1093/gerona/57.10.M678
6. Smith N, Young A, Lee C. Optimism, health-related hardiness and well-being among older austrian women. *J Health Psychol* 2004;9:741-52.
7. Tindle HA, Chang Y-F, Kuller LH, Manson JE, Robinson JG, Rosal MC, et al. Optimism, cynical hostility, and incident coronary heart disease and mortality in the women's health initiative. *Circulation* 2009; 120:656-62. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.827642.
8. De Moor JS, De Moor CA, Basen-Engquist K, Kudelka A, Bervers MW, Cohen L. Optimism, distress, health-related quality of life, and change in cancer antigen 125 among patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy. *Psychosom Med* 2006;68:555-62. Doi: 10.1097/01.psy.0000222379.71389.91
9. Allison PG, Guichard C, Gilain L. A prospective investigation of dispositional optimism as a predictor of health-related quality of life in head and neck cancer patients. *Qual Life Res* 2000;9:951-60.
10. Mazanec SR, Daly BJ, Douglas SL, Lipson AR. The relationship between optimism and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nurs* 2010; 33(3):235-43. Doi:10.1097/NCC.0b013e3181c7fa80.
11. Carver CS, Smith RG, Antoni MH, Petronis VM, Weiss S. Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychol* 2005;24:508-16. Doi: 10.1037/0278-6133.24.5.508
12. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol* 1994;67:1063-78.
13. Ferrando PJ, Chico E, Tous JM. Propiedades psicométricas del test de optimismo Life orientation test. *Psicothema* 2002;14:673-80.
14. Schou I, Ekeberg Ø, Sandvik L, Hjerms-tad MJ, Ruland CM. Multiple predictors of health-related quality of life un early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Qual Life Res* 2005; 14:1813-1823. Doi:10.1007/s11136-005-4344-z.
15. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. *Clin Psychol Rev* 2010;30:879-89. Doi:10.1016/j.cpr.2010.01.006.
16. Nes LS, Segerstrom SC. Dispositional Optimism and coping: A meta-analytic review. *Pers Soc Psychol Rev* 2006; 10:235-51. Doi: 10.1207/s15327957pspr1003_3.
17. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *J Pers Soc Psychol* 1993;65:375-390.
18. Schou I, Ekeberg Ø, Ruland CM, Sandvik L, Kåresen R. Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psychooncology* 2004;13:309-20. Doi:10.1002/pon.747.
19. David D, Montgomery GH, Bovbjerg DH. Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Pers Individ Dif* 2006;40:203-13. Doi: 10.1016/j.paid.2005.05.018.
20. Matthews EE, Cook PF. Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psychooncology* 2009;18:716-26. Doi: 10.1002/pon.1461.
21. Font A, Cardoso A. Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología* 2009;6:27-42.

22. Deimling GT, Bowman KF, Sterns S, Wagner LJ, Kahana B. Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psychooncology* 2006;15:306-20. Doi: 10.1002/pon.955
23. Bozo O, Gündoğdu E, Büyüksak-Colak C. The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism-posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *J Health Psychol* 2009;14:1009-20. Doi:10.1177/1359105309342295
24. Bruce J, Thornton AJ, Scott NW, Marfizo S, Powell R, Johnston M, et al. Chronic preoperative pain and psychological robustness predict acute postoperative pain outcomes after surgery for breast cancer. *Br J Cancer* 2012;107:937-46. Doi: 10.1038/bjc.2012.341.
25. Vázquez C, Castilla C. Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología* 2007;4:385-404.
26. Härtl K, Engel J, Herschbach P, Reinecker H, Sommer H, Friese K. Personality traits and psychosocial stress: Quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psychooncology* 2010;19:160-9. Doi: 10.1002/pon.1536.
27. Sucala M, Szentagotai-Tatar A. Optimism, pessimism and mood regulation expectancies in cancer patients. *J Cog Behav Psycho* 2010;10:13-25.
28. Sohl SJ, Schnur JB, Sucala M, David D, Winkel G, Montgomery GH. Distress and emotional well-being in breast cancer patients prior to radiotherapy: an expectancy-based model. *Psychol Health* 2012;27:347-61. Doi: 10.1080/08870446.2011.569714.
29. Zenger M, Glaesmer H, Höckel M, Hinz A. Pessimism predicts anxiety, depression and quality of life in female cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 2011;41:87-94. Doi: 10.1093/jjco/hyq168.
30. Delgado-Sanz MC, Gracia-Mendizábal MJ, Pollán M, Forjaz MJ, López-Abente G, Aragonés N, et al. Health-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9. Doi:10.1186/1477-7525-9-3.
31. Font A, Bayés R. Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. En: Forns M, Anguera T, editores. *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1993. p.175-95.
32. Font A, Rodríguez E. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: Variaciones de la calidad de vida. *Psicooncología* 2004;1:67-86.
33. Font A, Rodríguez E, Buscemi V. Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. *Psicooncología* 2004; 1(2-3):45-56.
34. Otero JM, Luengo A, Romero E, Gómez JA, Castro C. (1998). *Psicología de personalidad*. Manual de prácticas. Barcelona: Ariel Practicum.
35. Juárez García DM, Landero Hernández R. Variables psicosociales y salud en mujeres con cáncer de mama. *SUMMA Psicológica UST* 2009; 6:79-88.
36. Rodríguez CA, Ruiz, M, Alonso R, Vioti F, El-Hayaj M, Del Barco E, Cruz JJ. Evaluación de la astenia en oncología. Aplicación del cuestionario Perform. *Psicooncología* 2012;9:65-79. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39138
37. Colby DA, Shifren EK. Optimism, mental health and quality of life: A study among breast cancer patients. *Psychol Health Med* 2013;18:10-20. Doi: 10.1080/13548506.2012.686619.
38. Robles R, Morales M, Jiménez LM, Morales J. Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la efectividad y el soporte social. *Psicooncología* 2009;6:191-201.

